

*Hospital del Estado Sur*

# GUIA PARA EL PACIENTE



Revisión Femenino 9/3/2013

## **Misión**

El Hospital del Estado Sur proporciona a todas personas quienes tienen una enfermedad mental seria, incluyendo desordenes concurrentes, una ambiente segura para el desarrollo, la recuperación y inclusión en su comunidad.

## **Visión**

El Hospital del Estado Sur es una componente integrante del continuo de servicios, proporcionando una serie extensa de tratamiento, apoyo y servicios cuales son de coste razonable, basado en evidencias, y orientado a la recuperación en asociación con todos los que tienen interés.

## **Valores**

El Hospital del Estado Sur se esfuerza a infundir esperanza, preservar la dignidad y proveer respecto para todos. Practicamos los siguientes ideales u estandartes de realización del Departamento de Salud y Bienestar (DHW), incluyendo:

*Valores de DHW*

*Guías del Servicio para Clientes*

*Principales de Asociación*

*Destrezas de Organización del Aprender*

# BIENVENIDOS

Bienvenidos al Hospital del Estado Sur. Nuestra meta es de ayudarle a recuperarse de los síntomas de su enfermedad para que Usted puede regresar al vivir en su comunidad. Nuestra intención es para proveerle ayuda profesional y competente en un ambiente seguro. Lo cual apoya el proceso de sanarse.

Este folleto esta diseñado para darle información de los servicios del Hospital del Estado Sur. También describe los derechos y responsabilidades Usted tiene y la manera de que Usted puede expresar sus preocupaciones si se siente que algún derecho ha sido violado.

Nosotros haremos todo lo posible para respetar sus derechos y proveer cuidado y tratamiento de calidad. Usted puede ayudar por medio del participar activamente en su tratamiento platicando sus progresos y problemas con el personal y con su trabajador comunitario. Por medio de trabajando juntos podemos satisfacer sus necesidades, acortar su vista y ayudarle al regresar al vivir en la comunidad.

Mi Médicoes \_\_\_\_\_

Mi Clínico es \_\_\_\_\_

El Número de teléfono Público de mi Unidad \_\_\_\_\_

Otra Información \_\_\_\_\_

---

State Hospital South  
P O Box 400  
Blackfoot, ID 83221-0400  
(208) 785-1200

# GUIA PARA EL PACIENTE INDICE

<b>I.</b>	<b>Información General.....</b>	<b>4</b>
	La Comisión Conjunta .....	4
	Cuidado en Sitio de Emergencias Medicales .....	4
	Facilidad Libre del Fumar/ Uso de Tabaco.....	5
	Privilegios de Visitar .....	5
	Programa de Participación Familiar.....	5
	Sus Fondos y Objetos de Valor Personales .....	6
	Cuenta de Fideicomiso .....	6
	Participación de Estudiantes .....	6
	¿Quién Paga me Cuenta del Hospital? .....	7
<b>II.</b>	<b>Servicios del Hospital.....</b>	<b>7</b>
	Cafetería.....	7
	Cortes de Pelo.....	7
	Servicios de Recreación.....	8
	Servicios del Correo.....	8
	Teléfonos.....	8
	Lavandería.....	9
	Clases de la Dependencia Química.....	9
<b>III.</b>	<b>Desarrollo de su Plan de Tratamiento.....</b>	<b>9</b>
<b>IV.</b>	<b>Rehusar de Tratamiento .....</b>	<b>10</b>
<b>V.</b>	<b>Filosofía de Hospital Sur del Uso de Restricción y de Reclusión .....</b>	<b>10</b>
<b>VI.</b>	<b>Su Salida del Hospital .....</b>	<b>11</b>
<b>VII.</b>	<b>Sus Derechos y Privilegios.....</b>	<b>11</b>
	Su Tratamiento .....	12
	Directivos Advancados.....	12
	Declaraciones para Tratamiento de la Salud Mental .....	12
	Rehusar de Medicinas.....	13
	No Discriminación.....	13
	Ambiente Seguro.....	13
	Su Abogado .....	13
	Su Historial Medico.....	13
	Teléfonos .....	14

Correo .....	14
Materiales para Escribir.....	14
Visitantes .....	14
Ropa y Posesiones .....	15
Tratamiento con lo Menos Restricciones .....	15
Cuidado Espiritual, de Valor y Pastoral .....	15
Confidencialidad.....	15
Notificación de su Familia y Médicos.....	16
Abuso o Acaso.....	16

**VIII. El Proceso de Agravios/Sugerencias ..... 16**

El Proceso de Agravios.....	16
El Proceso de Sugerencias .....	18

**IX. Responsabilidades de Usted y Su Familia ..... 19**

Proveer Información.....	19
Cumplir con Cuidado Medico .....	19
Seguir su Plan de Tratamiento.....	19
Riesgos Potenciales de su Cuidado .....	19
Cumplir con las Reglas y Regulaciones.....	20
Mostrar Respeto y Consideración .....	20
Limites Personales.....	20

**X. Números de Teléfono d Defensores, Grupos de Apoyo, Servicios Legales y Agencias Reglamentarias ..... 21**

**XI. Índice de l Código de Idaho..... 23**  
 Loa Derechos de los Pacientes .....

Loa Derechos de los Pacientes .....	23
-------------------------------------	----

**XII. Servicios Especiales para Adolescentes..... 25**

Derechos para Pacientes Adolescentes .....	26
--	----

**XIII. Aviso Sobre las Prácticas de Privacid el Propósito de este avios..... 28**

Sur derechos Somre su Información Confidencial.....	30
Cómo el Departamento Peude Usar y Compartir su Información .....	33

**XIV. Servicios Especiales de Comunicación..... 37**

**XV. Cambios de Condición..... 38**

**XVI. Higiene de las Manos ..... 38**

## **INFORMACION GENERAL**

### **LA COMESION CONJUNTA**

El Hospital del Estado Sur se siente un gran orgullo a ser reconocido como una facilidad que esta acreditada por la Comisión Conjunta (TJC).

La acreditación de la Comisión Conjunta es reconocida en todo el país como un símbolo de calidad que muestra entrega al lograr los estándares de realización. Los estándares de TJC dirigen a áreas específicas, como los derechos de los pacientes, el tratamiento de los pacientes, el control de infecciones, y la seguridad de los pacientes. El Hospital del Estado Sur logra estos estándares como un proveedor de cuidado de los servicios y tratamientos de salud.

### **EL CUIDADO EN SITIO DE EMERGENCIAS MEDICALES**

El Hospital del Estado Sur no tiene un medico en sitio los 24 horas de día los siete días de semana. Si Usted tiene una emergencia medical durante su hospitalización y el medico no esta en el hospital, Usted será evaluado inmediatamente por personal cuales no son médicos pero son calificadas y tienen licencia en el tratamiento de las emergencias básicas medicales. Si su condición lo requiera, Usted será transportada por ambulancia al hospital mas cerca. De otro modo, personal del hospital tienen la disponibilidad de médicos afuera del hospital que pueden proveer asistencia por el teléfono y/o regresar al hospital para tratar su condición en 60 minutos de notificación.

## **FACILIDAD LIBRE DEL FUMAR Y EL USO DE TABACO**

Siendo una facilidad acreditado por la Comisión Conjunta, el Hospital del Estado Sur esta dedicada al bienestar y recuperación de nuestras pacientes. Por causa de las consecuencias negativas del uso de tabaco, el Hospital del Estado Sur cumple con las directrices de ser una facilidad libre de tabaco.

## **PRIVILEGIOS DEL VISITAR**

Las horas de visita son entre las 10:00 a.m. y 9:00 p.m. Las visitas no deben estorbar con el tratamiento programado. Los visitantes deben reportarse a al Oficina de Recepción por un pase de visita antes de ser acompañado a la unidad para visitar. Cuartos para visitar están disponible en cada unidad de tratamiento para tener privacidad. El permiso para salir de la unidad puede ser obtenido cuando Usted ha mostrado de que se puede asumir esta responsabilidad. Usted y su visitante tienen que hacer los arreglos con el equipo de tratamiento antes de la visita programada si quieren salir de la unidad. Un pase tiene que ser aprobado por el equipo de tratamiento antes de que ustedes salen del área del hospital.

## **PROGRAMA DE PARTICIPACION FAMILIAR**

El Hospital del Estado Sur provee a su familia las oportunidades de aprender mas sobre las enfermedades mentales y como le pueden ayudar a usted en el dirigir de su cuidado. Con su permiso, su familia puede recibir información del Grupo de Idaho de La Alianza Nacional de los Enfermos Mentales (NAMI) cual sea una organización que provee información y apoyo a las familias de los enfermos mentales. También su terapeuta puede ayudarle a ayudarles a entender las problemas

que usted esta experimentando. Hay folletos, casetes, y videos disponibles para usted y su familia para ayudarles con el entender de su enfermedad.

### **SUS FONDOS Y OBJETOS DE VALOR PERSONALES**

Todo dinero será enumerado durante el tiempo de admisión, descritos en la Hoya de Valores, y firmado por Usted y un miembro de personal. Los pacientes pueden guardar una cantidad pequeña de su dinero de acuerdo con las reglas de la unidad. Personal tienen que depositar lo demás en la Oficina de Finanzas (Business Office) o si esta cerrada, con el Departamento de Seguridad hasta el día siguiente.

### **CUENTA DE FONDOS FIDEICOMISOS**

El Hospital del Estado Sur provee una cuenta de fondos fideicomisos que gana interés a usted sin cobrar. La cuenta de Fondos Fideicomisos fue establecida para proveer custodia y responsabilidad por cualquier fondo personal que usted deposita. Recibos de depósito de dinero y de retirada de fondos mantengan control interno de todas cuentas de fondos fideicomisos. Su cuenta individual muestra todos depósitos y retiradas. Se provee una declaración de su cuenta y puede pedir una declaración cuando quiere.

### **PARTICIPACION DE ESTUDIANTES**

El Hospital del Estado sur es un sitio de entrenamiento para estudiantes de campos relacionados. Ellos pueden participar en su cuidado y tratamiento mientras usted esta un paciente, a menos de que usted lo oponga. Usted tiene el derecho de rehusar la participación de estudiantes en su tratamiento y el acceso a su anales medicales. De vez en cuando, los estudiantes piden

permiso de grabar en video y/o audio pacientes voluntarias por sus programas profesionales. Autorización para hacerlo tiene que ser obtenido por el paciente/custodio.

### **¿QUIEN PAGA ME CUENTA DEL HOSPITAL?**

El Código de Idaho §66-354 establece que los pacientes voluntarios, así como los que la corte ha encomendado, mayores de 18 años de edad, son responsables por su propia cuenta. Le van a pedir a Usted la información financiera para determinar si usted o su familia puede pagar todo o parte de las cuentas del hospital. Si Usted tiene seguro medico, el hospital recibe pago directo de la compañía de seguros, Puede visitar la Oficina de Servicios para las Cuentas de Pacientes para hablar de su cuenta, su situación financiera, o si usted tiene preguntas. Las horas de la Oficina son de lunes- viernes, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

## **SERVICIOS DEL HOSPITAL**

### **CAFETERÍA**

La tienda, *The Country Store* y la cafetería están en el lado este del Edificio de Administración. Allí se venden loncherías, artículos diversos y demás artículos de venta. Las facilidades están abiertas durante las horas marcadas. Si Usted no puede salir de la unidad, Usted puede hacer arreglos razonables para hacer sus compras.

### **CORTES DE PELO**

El personal enfermería de su unidad le ayudara hacer citas para recibir estos servicios.

## **SERVICIOS DE RECREACION**

Un cuarto de actividades en la unidad y un Salón de Recreación son disponibles para su uso. También una biblioteca, un Centro de Actividades de Pacientes, un teatro, y un taller de manualidades están disponibles. Estos lugares están alrededor de la cafetería en el Edificio de Administración. Un terapeuta de recreación será asignado a cada unidad de tratamiento y puede hacer los arreglos para que usted use estas facilidades.

## **SERVICIOS DE CORREO**

La dirección para recibir correo en el Hospital del Estado sur es:

(Su Nombre)

Box 400

Blackfoot, Idaho 83221-0400

Usted puede obtener sellos postales o estampillas en la Oficina de Finanzas (Business Office). El correo de salir puede ser depositado en la ranura para el correo en la Oficina de Seguridad del Hospital en el Edificio de Administración.

- Si usted no tiene dinero para comprar estampillas y papeles para escribir, Usted puede hacer arreglos para obtener cantidades razonables de estos materiales por medio del personal de su unidad.
- El personal de cada unidad también le ayudara si Usted no puede salir para comprar estampillas o enviar sus cartas por correo.

## **TELEFONOS**

Teléfonos de pago están disponibles en su unidad de tratamiento para recibir y hacer llamadas. Si Usted no puede pagar por una

llamada, personal puede ayudarle con el uso de un teléfono de la unidad cuando autorizado por el equipo de tratamiento. Se permite privacidad razonable con este privilegio. El uso del teléfono puede ser restringido si lo abusa. El hacer de muchas llamadas a personas quienes no quieren recibirlas o si hace llamadas de amenazas resultará en una reducción en el uso del teléfono.

### **LAVANDERIA**

Lavadores y secadoras automáticas son disponibles en cada unidad de tratamiento sin cobrar. Personal enfermería le ayudaran con la disponibilidad de la lavandería y las provisiones para lavar.

### **CLASES PARA LA DEPENDENCIA QUIMICA**

El hospital ofrece clases para la dependencia de alcohol y drogas y puede remitirle a clases externas para el abuso de sustancias. Habla con su terapeuta de estas opciones de tratamiento.

### **DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO**

Usted y su clínica asignada van a comenzar a desarrollar su plan del tratamiento inmediatamente después de su admisión. Juntos, identificarán áreas problemáticas cuales necesitan trabajar para que usted pueda salir del hospital y resume cuidado afuera del hospital. Revisiones formales se llevarán a cabo cada 30 días durante su estadía en el hospital. Sin embargo, su plan de tratamiento puede ser actualizado a cualquier tiempo de acuerdo con sus condiciones actuales y sus necesidades. Usted puede participar en el desarrollar de su plan de tratamiento. También tendrá la oportunidad de hacer comentarios escritos de su plan.

## **EL REHUSAR DE TRATAMIENTO**

El personal va a tratar de acomodar cualquier petición razonable de tipos específicos del tratamiento. Además, Usted puede rehusar ciertos tipos de tratamiento. Estos pueden incluir, pero no están limitados a: medicaciones cuales no son para emergencias, terapia de grupo, terapia individual, y terapia recreativa. Sin embargo, se puede anular su opción de rehusar tratamiento con medicaciones. Si se hace una decisión de anular su rehúsa de tratamiento, Usted recibirá una noticia escrita de la fecha de su audiencia y su derecho de representación. La corte que le recomendó y el miembro autorizado de su familia van a ser notificado del anular.

Podemos negarle ciertos derechos de vez en cuando y usted será dado una explicación y un reporte será archivado con un miembro autorizado de su familia y con la corte.

## **FILOSOFIA DEL HOSPITAL DEL ESTADO SUR DEL USO DE RECLUSION Y RESTRICCION**

La reclusión y la restricción se usan solamente cuando existe un peligro inminente, como determinado por el personal o un hecho actual de la violencia física a si mismo o a otros. Nuestro personal espera a usar intervenciones cuales no son físicas y a identificar situaciones potenciales que requieren el uso de reclusión y restricción. Además esperemos a involucrarlo a usted y, y cuando sea posible, a su familia para descubrir a otros opciones aparte del uso de reclusión y restricción.

Si se usa la reclusión o la restricción, nuestro personal va a cumplir con Directivos Nacionales para proveer su seguridad, la seguridad de otros, y proteger sus derechos, dignidad y bienestar.

## SU SALIDA DEL HOSPITAL

Usted y su equipo de tratamiento trabajarán juntos para identificar las metas de tratamiento en su plan de tratamiento. Esto le ayudara a usted y a su equipo para determinar cuando usted este listo para salir. Su participación activa en su tratamiento y su éxito con estas metas son las llaves para salir del hospital.

Es nuestra policia para coordinar su salida con el DHW Centro Regional de Salud Mental tocando sus citas de reiteración y a otros asuntos necesarios de su cuidado después de su hospitalización.

## SUS DERECHOS Y PRIVILEGIOS

El Hospital del Estado Sur espera a ofrecer cuidado de calidad en una ambiente segura. Usted tiene el derecho de tener una ambiente que le protege la dignidad y que contribuye a un reflejo positivo. Usted tiene sus derechos civiles (**humanos**) como identificados por la ley de Idaho, incluyendo sus derechos de: disponer de propiedad, firmar documentos, hacer compras, entrar en contratos, y para votar, a menos de que esta limitada por orden de la corte.

Usted tiene el derecho de quedar libre del abuso mental, físico, sexual, y verbal, descuido, y explotación. Usted o su familia puede contactar el Defensor del Paciente, registrar un agravio, o contactar servicios de protección si cree que alguna de los siguientes derechos ha sido violada o tiene preocupaciones del cuidado del paciente o de su seguridad. Si, después de registrar

un agravio, sus quejas o preocupaciones no están resueltos a su satisfacción o a la satisfacción de su familia, Usted tiene el derecho de contactar servicios de protección, como el Bureau of Facility Standards o a la Comisión Conjunta (véase pagina 22). Otros derechos están descritos abajo.

### **SU TRATAMIENTO**

Usted será examinado para determinar su condición mental. Creemos que si se entienda y participa en su evaluación, cuidado y tratamiento, usted puede lograr resultados mejores. El personal tiene la responsabilidad de darle lo mejor cuidado y tratamiento posible y disponible, y de respetar a sus derechos, así como sus derechos de la privacidad y del espacio personal. También, usted tiene el derecho de hacer decisiones relacionadas de su cuidado médico, y tiene el derecho de apropiado gestión de su dolor. Usted y, cuando sea apropiado, su familia será informada de los resultados de su cuidado y tratamiento y de resultados no anticipados de su cuidado y tratamiento.

### **DIRECTIVOS AVANZADOS**

Usted podría tener el derecho de formular escoges y decisiones tempranos de su tratamiento de enfermedades físicas si se llegue a ser discapacidad de hacer sus propias decisiones del cuidado de salud.

### **DECLARACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL**

También Usted puede declarar preferencias e instrucciones de sus deseos para el tratamiento de su salud mental. Este tema será platicado con usted mas tarde en su hospitalización, y va a incluir las limitaciones fijadas por el hospital.

## **REHUSAR DE MEDICINAS**

Usted tiene el derecho de no tomar a los medicamentos, a menos de que un juez le ha juzgado como faltando la capacidad de hacer decisiones sobre sus medicaciones y si esta en peligro inminente a usted o otros.

## **NO DISCRIMINACION**

Usted tiene el derecho de recibir la misma consideración y tratamiento como cualquier otra persona sin importa de su raza, color, origen nacional, religión, edad, sexo, afiliación política, situación financiera o discapacidad. También tiene el derecho de tener servicios de intérprete y otra ayuda de comunicación.

## **AMBIENTE SEGURO**

Usted tiene el derecho de quedar libre del restricción y del reclusión a menos de que ha sido determinado de que usted ha sido un peligro a si mismo o a otros. Usted y otros tienen el derecho de vivir en un ambiente seguro.

## **SU ABOGADO**

Usted tiene el derecho de mantener y consultar a un abogado. Si usted esta aquí en contra de su voluntad, la corte podría ha nombrado a un abogado para usted. Usted puede contactar Co-Ed o los Servicios de Ayuda Legal para ayudarle o puede buscar consejo por su cuenta propia.

## **SU HISTORIAL MEDICO**

Usted tiene el derecho de hablar con el personal clínico para discutir el contenido de su historial medico.

## **TELEFONOS**

Usted tiene el derecho del usar el teléfono para hacer y recibir llamadas en privacidad de acuerdo con las guías de la unidad o del plan de tratamiento individual.

## **CORREO**

Usted tiene el derecho de comunicar por correo sellado, o de otra manera, con personas, incluyendo agencias oficiales, dentro o fuera del hospital. Para su seguridad y la seguridad de otros, Usted debe abrir el correo que recibe en la presencia del personal para inspección.

## **MATERIALES PARA ESCRIBIR**

Usted tiene el derecho de tener acceso a materiales para escribir cartas, incluyendo las estampillas. Se provee una cantidad razonable de estampillas si usted lo necesita. Si no puede escribir, el personal le ayudará a escribir, preparar, o enviar su correspondencia por correo.

## **VISITANTES**

Usted tiene el derecho de recibir visitas dentro de las guías de la facilidad. Estas guías están escritos la sección PRIVILEGIOS DEL EL VISITAR en este manual. Una visita puede ser negado solamente bajo ciertas circunstancias, tales como:

- Usted rehúsa la visita.
- Circunstancias especiales relacionadas a su actual condición física o mental como determinado por su equipo de tratamiento.
- La mal conducta del visitante.
- Visitas determinadas clínicamente de que no le conviene.

**RECUERDA de hacer arreglos de antemano con su terapeuta cuando esta planeando a tener visitas.**

### **ROPA Y POSESIONES**

Usted tiene el derecho de llevar su propia ropa, si son apropiadas, y guardar y usar sus propias posesiones y mantener y gastar una cantidad de su propio dinero.

### **EL TRATAMIENTO CON LO MENOS RESTRICCIÓN**

Usted tiene el derecho de recibir el cuidado y tratamiento, médico y psiquiátrico, en la manera con lo menos restricciones de un ambiente del tratamiento posible, de acuerdo con sus necesidades individuales.

### **CUIDADO ESPIRITUAL, DE VALORES, Y PASTORAL**

Usted tiene el derecho de tener sus valores culturales, psicológico, espirituales, y personales, sus creencias, y preferencias respetados. Cuando lo solicite, nuestro personal le puede ayudar a contactar a un representante religioso de su preferencia. También, hay servicios los domingos en el hospital para aquellos quines desean asistir.

### **CONFIDENCIALIDAD**

Usted tiene el derecho de la confidencialidad. Nosotros cumplimos con los Directivos de la Privacidad del Departamento de Salud y Provecho, cuales están incluidos en este manual (véase pagina 28). El uso de cameras, teléfonos celulares con cameras, grabadores, y maquinas de grabar videos no son permitidos al Hospital del Estado Sur. (Excepción véase la sección de PARTICIPACION DE ESTUDIANTES en este manual, pagina 6)

Algunas excepciones a la confidencialidad son:

- Ordenes de la Corte
- Mandato por e Código de Idaho (abuso, etc.)
- Emergencias médicas
- Para proteger de peligros
- Ciertas evaluaciones a la petición de otros (cortes)
- Compartir cierta información dentro del Departamento de Salud y Provecho.
- Información necesaria para el propósito de las cuentas.

### **NOTIFICACION DE FAMILIA Y MEDICOS**

Usted tiene el derecho de que se notifique a los miembros/representantes de su familia y su doctor de su admisión al Hospital del Estado Sur.

### **POLOCIA DE NO ABUSO O ACOSO**

Usted tiene el derecho de quedar libre de todas formas del abuso y acoso.

### **EL PROCESO DE AGRAVIOS Y SUGERENCIAS**

#### **EL PROCESO DE AGRAVIOS**

**A favor de considere todas opciones disponibles para resolver sus preocupaciones. Habla con el personal, su clínico o puede contactar el defensor del paciente.**

El Comité de Derechos de Pacientes reconoce que cada circunstancia es diferente y de sus preocupaciones pueden ser procesadas con la asistencia del personal o su clínico.

Sin embargo, si no puede resolver sus preocupaciones o se siente incomoda en tratar de hacerlo, por favor de contestar a las preguntas en la forma de Agravios y Sugerencias y ponerla en la caja de los Derechos de Pacientes mas cerca. Acuerda de guardar la copia amarillo por usted.

Se le exhorta a ejercitar sus derechos civiles como un paciente y para participar activamente en el planear de su tratamiento. Si en cualquier tiempo usted se siente de que sus derechos han sido violados, usted puede expresar sus agravios sin miedo de restricción, interferencia, coerción, discriminación o represalia. También, usted puede contactar a los servicios de protección, como el Bureau de Estandartes de Facilidades o a la Comisión Conjunta (véase pagina 22).

Si Usted o un miembro de su familia tiene un agravio:

1. Llena la forma de Agravios/ Sugerencias del Hospital del Estado Sur, Fírmelo y poner la fecha.
2. Poner la forma de Agravios/Sugerencias en cualquiera de las cajas trancadas de Derechos de Pacientes, localizadas in cada unidad, cerca de la tienda, *The Country Store*, por la Oficina de la Recepcionista, o en las oficinas de administración en el Edificio de Administración.
3. El Defensor de Pacientes recoge a las formas durante los días de trabajo, excepto en los días festivos, y las manda al Comité de Derechos de Pacientes.
4. Usted recibirá notificación de que su forma ha sido recibido.
5. El Comité de Derechos de Pacientes va a procesar a su agravio con el personal supervisorio para resolverlo.
6. En aproximadamente siete (7) días, el Comité de Derechos de Pacientes va a revisar su agravio. Usted recibirá una

respuesta escrita a su agravio/preocupación, además con una forma que pedimos de que usted lo complete y regresarlo. Queremos de que usted se sienta que su agravio ha sido dirigido y resuelto a su satisfacción.

- Si Usted crea de que la respuesta del comité no esta suficiente, usted puede presentarlo de nuevo para consideración de nuevo o contactar a un abogado (por su propia cuenta), Ayuda Legal, o CO-AD (véase pagina 13).
- También Usted tiene el derecho de presentar una queja con el Bureau de Estandartes de Facilidades (véase pagina 22).

### **EL PROCESO DE LAS SUGERENCIAS**

1. Por favor de compartir cualquier sugerencia usted o su familia tiene de su cuidado, tratamiento y seguridad con el personal del hospital.
2. También, usted puede llenar una forma de Sugerencia/ Agravios o expresar su sugerencia al Defensor de Pacientes, a quien puede llenar la forma por usted.
  - Estas formas pueden ser sometidos como anónimo.
  - Ponga la copia blanca en la caja de derechos de Paciente y guardar la copia amarilla por usted.
3. Defensor de Pacientes recoge estas formas cada día de trabajo, excepto en los días festivos. Si usted escoge a firmar su forma, recibirá una carta de respuesta del comité diciendo que lo fue considerad.
4. Usted recibirá una respuesta escrita, junto con una forma para llenar y regresar al comité.

# **RESPONSIBILIDADES DE USTED Y DE SU FAMILIA**

## **PROVEER INFORMACION**

Usted puede ayudar el personal del hospital por el proveer reacción de las necesidades de servicios y expectativas. Le exhortamos a usted y a su familia a proveer información completa y precisa. Esta información va a incluir quejas corrientes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicaciones, y otras instrucciones del cuidado físico o mental u otros asuntos de su salud.

## **CUMPLIR CON EL CUIDADO MEDICO**

Usted necesita cumplir con su plan del tratamiento medical y enfermaría, que incluye el cuidado recomendado por otros proveedores de salud. Este incluye a irse a sus citas y de informar al personal enfermaría cuando no se puede ir a sus citas. Usted y su familia son responsables a aceptar las consecuencias cuando no lo siguen a su tratamiento prescritos.

## **SEGUIR CON SU PLAN DEL TRATAMIENTO**

Usted y su familia necesitan seguir el plan del cuidado y del tratamiento y deben expresar cualquiera preocupación que tienen de su habilidad de seguir su plan de cuidado y tratamiento. Usted tiene la responsabilidad de informar al personal si no entienda su plan de tratamiento.

## **RIESGOS POTENCIALES DE SU CUIDADO**

Usted, y cuando sea, su familia, deben hacer preguntas cuando no entienden su cuidado. Si usted sabe de alguno riesgo percibido de su cuidado y tratamiento o se da cuenta de cualquier cambio en su condición, a favor de informar el personal del hospital. Ejemplos:

reportar de alergias, ideas de suicidarse, peligro a otros, etc.

### **CUMPLIR CON LAS REGLAS Y REGLAMENTACIONES**

Pacientes y sus familias deben cumplir con las reglas y reglamentaciones del hospital para la seguridad de todos.

### **MOSTRAR RESPETO Y CONSIDERACION**

Usted y su familia deben estar considerados del personal y propiedad del hospital, así como los demás pacientes y su propiedad. Se espera de que usted va a ayudar con el control de contaminación auditiva, fumar, y del número de visitantes. Si usted hace daño a la propiedad del otro paciente o del hospital, usted será requerida a pagar los gastos de recompensar. Además, si usted amenaza o hace daño a otra persona, se van a llamar a las autoridades.

### **LIMITES PERSONALAS**

Respetando a los límites personales de los demás pacientes es sumamente importante. Usted debe pedir permiso antes de tocar o abrazar alguien. Usted nunca debe tocar alguien de una manera sexual. Así como Usted está en el Hospital para enfocar en su tratamiento y recuperación, Usted debe evitar meterse en las relaciones románticas durante su tiempo aquí. Si alguien le toca de una manera sexual, o de una manera que le hace sentir incomodo, Usted debe inmediatamente reportarlo al personal del Hospital. Si Usted tiene preguntas del comportamiento apropiado, a favor de hablar con el personal del Hospital o a su terapeuta.

**TELEPHONE NUMBERS OF ADVOCATES, SUPPORT  
GROUPS, LEGAL SERVICES AND REGULATORY  
AGENCIES**

**STATE HOSPITAL SOUTH PATIENT ADVOCATE  
785-8420**

**FAMILY/CONSUMER SUPPORT GROUP**

**ALIANZA NACIONAL PARA LOS ENFERMOS MENTALES  
(NAMI)**

4097 Bottle Bay Road  
Sagle, ID 83860-9009  
Primary Phone (208) 242-7430 / Phone (800) 572-9940  
[www.nami.org](http://www.nami.org)

**DEFENSA Y PROTECTION PARA INDIVIDUALES CON  
ENFERMIDADES MENTALES (PAIMI)**

4477 Emerald, Suite B-100  
Boise, ID 83706  
Phone (208) 336-5353 (TDD) / Phone (866) 262-3462

**LEGAL SERVICES**

**DisABILITY RIGHTS IDAHO**

4477 West Emerald, Suite B100  
Boise, ID 8370  
Phone: (208) 336-5353 / Phone (800) 632-5125  
[www.Disabilityrightsidaho.org](http://www.Disabilityrightsidaho.org)

**EL DEFENSOR PÚBLICO DEL CONDADO DE BINGHAM**

490 North Maple Street  
Blackfoot, ID 83221  
Phone (208) 785-1650

**IDAHO FEDERATION OF FAMILIES FOR  
CHILDREN'S MENTAL HEALTH**

704 N. 7th Street

Boise, ID 83702

Phone (208) 433-8845 / Phone (800) 905-3436

[www.idahofederation.org](http://www.idahofederation.org)

**AYUDA LEGAL DE IDAHO**

150 S. Arthur, Suite 203 (P O Box 1785)

Pocatello, ID 83204

Phone (208) 233-0079

[www.idaholegalaid.org](http://www.idaholegalaid.org)

**AYUDA LEGAL DE IDAHO (Menores Solamente)**

482 Constitution Way

Idaho Falls, ID 83401

Phone (208) 524-3660

**IDAHO PARENTS UNLIMITED, INC. (IPUL)**

500 South 8th Street

Boise, ID 83702

Phone (208) 342-5884 / Phone (800) 242-IPUL

[www.ipulidaho.org](http://www.ipulidaho.org)

**REGULATORY AGENCIES**

**THE JOINT COMMISSION (JC)**

One Renaissance Boulevard

Oakbrook Terrance, IL 60181

8:30 a.m. to 5:00 p.m. (Monday through Friday)

Toll Free (800) 994-6610

**STATE OF IDAHO LICENSURE OFFICE**

Bureau of Facility Standards

P O Box 83720

Boise, ID 83720-0036

Phone (208) 334-6626

## **MEDICAID FRAUDE HOTLINE**

Linea de fraude de Medicaid

P O Box 83702

Boise, ID 83720-0036

8:00 a.m. to 5:00 p.m. (Monday through Friday)

Toll Free (866) 635-7515

## **MEDICARE PATIENTS' RIGHTS - QIO**

Qualis Health

10700 Meridian Avenue North, Suite 100

P O Box 33400

Seattle, WA 98133-0400

(800) 949-7536

## **INDICE DEL CODIGO DE IDAHO**

### **Derechos de Pacientes: CODIGO DE IDAHO: 66-344**

1. Cada paciente tiene el derecho de recibir cuidado y tratamiento humano.
2. No se aplicarán restricciones mecánicas en un paciente ni lo aislarán a menos de que sea necesario para su seguridad y de otros. Cada uso de una restricción mecánica y las razones para ella serán parte del expediente clínico.

### **CODIGO DE IDAHO: §66-345**

3. Ejercitar de los derechos civiles: **CODIGO DE IDAHO: §66-346**
  - a. Cada paciente tendrá los siguientes derechos:
    - (1) De comunicarse por correo sellado, o de otra manera, con personas dentro o fuera del hospital,

y de tener acceso a cantidades razonables de materiales para escribir y estampillas.

- (2) De recibir visitas en horas apropiadas;
- (3) De usar su propia ropa; de mantener y usar posesiones personales, que incluye artículos del baño; de mantener y usar una cantidad razonable de su propio dinero para gastos en la cafetería y hacer compras pequeñas; al tener acceso a un espacio propio para guardar cosas del uso privado.
- (4) De rehusar modos específicos de tratamiento;
- (5) De recibir visitas del abogado a cualquier hora;
- (6) De ejercitar todos los derechos civiles, incluyendo el derecho de deshacerse de propiedad excepto por la propiedad descrita en la sub.-sección 3 arriba, ejecutar instrumentos, hacer compras, entrar en relaciones contractuales, y votar a menos de que una orden jurídica previa lo limite;
- (7) De tener acceso razonable a todos los expedientes que se relacionan con Uno mismo.

b. A pesar de cualquier limitación autorizada bajo esta sección en el Derecho de comunicarse, cada paciente tiene el derecho de comunicarse por correo sellado con el corte, si la hay, que ordenó su internamiento.

c. El centro puede negar los derechos de un paciente bajo esta sección, excepto los derechos enumerados en las sub-secciones (a) (5) y (a)(6) de la sección 66-346, del Código de Idaho, no serán negadas bajo ninguna circunstancia. Solo en casos de

emergencia o cuando el corte ha determinado que un paciente no tiene la capacidad de hacer decisiones informadas acerca del tratamiento, un centro puede negarle al paciente los derechos bajo la sub-sección (a)(4) de esta sección. Una declaración explicando las razones los derechos de un paciente fueron negados será escrita en su expediente y si el paciente ha sido internado de acuerdo con una orden jurídica, copias de dicha declaración serán sometidas al corte y enviadas al cónyuge del paciente, guardián, pariente adulto o amigo y abogado, si lo hay.

- d. Una lista de los derechos antes mencionados será fijada en todos los centros y se llamara la atención del paciente de la manera que el Departamento de Salud y Provecho designe.

### **SERVICIOS ESPECIALES PARA ADOLESCENTES**

Los adolescentes en nuestro hospital están en unidades separadas de los pacientes adultos por su propia seguridad. Los pacientes adolescentes tienen horas especiales para el uso de la cafetería, y actividades únicas diseñadas para su edad. Tienen un programa de estudios con instructores certificados. El/los padre(s) y/o guardián(es) participa(n) en el progreso del menor en las habilidades vocacionales, sociales y del diario vivir y en su condición clínica. Bajo las provisiones y el arreglo de un caso de la corte llamado Jeff D., los adolescentes están separados de los adultos y cualquier violación es reportada a la Sociedad de Ayuda Legal de Idaho.

# DERECHOS DE LOS ADOLESCENTES

## Código de Idaho: Título 16: Capítulo 24

### Sección: §16-2425

#### A. Los Derechos de los Pacientes Adolescentes:

1. Ningún derecho de un niño será negado o reducido solamente por la razón de que haya sido evaluado, o tratado bajo este capítulo.
2. Derecho a tratamiento. Los niños que están sujetos a una orden de tratamiento involuntario bajo este capítulo tienen derecho a recibir tratamiento al alcance que provee la sección §16-2424, del Código de Idaho.
3. Derecho a estar en un ambiente saludable y humano.
4. Ausencias pueden ser dadas en casos apropiados con la discreción del centro de tratamiento.
5. Cada niño tendrá el derecho de estar libre de restricciones innecesarias e inadecuadas o de aislamiento consistente con el principio alternativo de la menor restricción.
6. Cada niño tendrá el derecho de no recibir castigo corporal.
7. Cada niño tendrá el derecho a una dieta nutritiva y médicamente apropiada.
8. Cada niño tendrá oportunidades razonables de hacer ejercicio físico y al aire libre y tener acceso a equipo recreativo.
9. Cada niño tendrá el derecho de recibir visitas con cierta privacidad como es consistente con el plan de tratamiento.
  - a. Las horas en que se pueden recibir visitas serán limitadas solamente en el interés de un tratamiento efectivo y la eficacia del centro y será lo suficientemente flexible para acomodar las

- necesidades individuales del niño y sus visitas.
- b. Sin embargo, cada residente tiene el derecho de recibir visitas como el doctor, psicólogo, clérigo o trabajador social en privado.
  - c. El centro puede imponer condiciones en las visitas y en la privacidad de las visitas  
Si existe razón para creer que una visita tiene el riesgo substancial de dañar al niño, o a otros.
10. Comunicación:
- a. Cada niño tendrá el derecho de enviar y recibir correo.
  - b. Cada niño tendrá el derecho de tener acceso privado razonable a los teléfonos, incluyendo el derecho de hacer llamadas de larga distancia si puede hacer arreglos para pagar dichas llamadas.
  - c. El centro de tratamiento proveerá ayuda razonable para que los niños ejerciten sus derechos de comunicación.
11. Cada niño tendrá el derecho de practicar o abstenerse a la práctica de una religión.
12. Cada niño tendrá el derecho de mantener, usar y guardar sus posesiones personales y de mantener y usar cuentas bancarias y otras fuentes de fondos personales, a menos que una orden jurídica lo impida. Limitaciones razonables pueden ser hechas con reglas generales o, por razones clínicas, en casos particulares.
13. Ningún niño será sujeto a represalias o a cualquier cambio desfavorable en su condición o tratamiento porque ha hecho valer sus derechos.

14. El niño puede tener una conversación con su abogado por teléfono a cualquier hora o ser visitado por su abogado o cualquier empleado de la firma del abogado, o un representante del sistema de protección y apoyo estatal.
15. Cada niño tiene el derecho de estar libre de medicinas innecesarias o en exceso.
16. Un niño que está en un centro de tratamiento será proveído de educación y entrenamiento como sea necesario para animar y estimular el progreso de desarrollo y logros y como lo requiere la ley estatal y federal. De ninguna manera se permitirá que un niño permanezca en un centro de tratamiento por más de diez (10) días sin recibir servicios educativos.

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

**En vigor a partir del 23 de septiembre de 2013**

*HW-0320S*

*Revisado 08/2013*

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR  
Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED Y LA  
FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A  
ESTA INFORMACIÓN.  
REVISE CON MUCHA ATENCIÓN**

- Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 208-334-6519 o por correo electrónico en [PrivacyOffice@dhw.idaho.gov](mailto:PrivacyOffice@dhw.idaho.gov).
- En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del

Departamento de Salud y Bienestar. Esta Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Departamento de Salud y Bienestar a <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>.

## **OBJETIVO DE ESTE AVISO**

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Departamento de Salud y Bienestar (el Departamento) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Departamento pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Departamento. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad. Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales.

Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información: y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.**

## **SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

### **1. Derecho a una revisión y una copia**

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

### **2. Derecho a modificaciones**

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Departamento cambie su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará un

formato de “Solicitud para modificación de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Departamento;
- No es parte de la información que conserva o es para el Departamento;
- No es parte de la información se la permita revisar o copiar; o
- Determinamos que es correcta y está complete.

### **3. Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud**

Tien el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cu”Al es las información que no quiero o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Departamento no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Departamento encontrará una “Solicitud para restringir la divulgación de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En casi de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información

referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

#### **4. Derecho a un medio de envío alternativo**

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alternativo para el envío de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de medios alternos para envío”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

#### **5. Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud**

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento a fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Departamento o su sitio en internet el formato “Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud”. Debe llenar este formato

y enviarlo al Departamento. El Departamento responderá a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

## **CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN**

### **Ocasiones en que no se necesite su permiso**

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Departamento que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.
  
- **Para pago.** Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a

través del Departamento. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.

- **Para operaciones comerciales.** Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Departamento y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

### **Ocasiones en que se necesite su permiso**

- **Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales.** Puedo haber ocasiones en las que el Departamento tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago y operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Departamento pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Departamento le solicitará una autorización, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.

- **Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención.** Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

### **Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso**

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento
- Según lo requiera la ley
- Riesgos de salud pública
- Cumplimiento de la ley
- Demandas y disputas
- Médicos forenses, directores de funerarias
- Donación de órganos y tejidos
- Tratamiento de emergencia
- Evitar una amenaza grave de salud o seguridad
- Organizaciones militares o de veteranos
- Actividades de vigilancia de la salud
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Instituciones correccionales

## **REQUISITOS ESPECIALES**

La información recibida de un programa de financiamiento federal para el tratamiento de drogadicción o a través del programa de bebés y niños pequeños no se liberará sin autorización específica del individuo o representante legal.

Se avisará a los individuos afectados después del incumplimiento de la información de salud sin privacidad.

## **CAMBIOS A ESTA AVISO**

El Departamento tiene el derecho de cambiar este Aviso. En las oficinas del Departamento o en <http://www.healthandwelfare.idaho.gov> se publica una copia de este Aviso. La fecha en vigor de este Aviso aparece en la parte superior de cada página. Si el Departamento no realiza cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, el Departamento cumplirá con los términos del Aviso vigente a la fecha.

## **QUEJAS**

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad a la información confidencial, puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas enviadas al Departamento deben ser por escrito en el formato de “Queja sobre privacidad” disponible en las oficinas del Departamento o su sitio en internet. Para presentar una queja ante el Departamento, envíe su formato de Queja sobre privacidad lleno a:

Idaho Department of Health and Welfare  
Privacy Office  
P O Box 83720  
Boise, ID 83720-0036

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad de información sobre su salud, también puede presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Su queja debe ser por escrito y debe mencionar la organización que es objeto de su queja y describir lo que usted considera que se violó. Envíe su queja por escrito a:

Region 10  
Office of Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
2201 Sixth Avenue – Suite 900  
Seattle, Washington 98121-1831

En el caso de las quejas presentadas por correo electrónico enviar a: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov).

Una queja se debe presentar ante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en un plazo de 180 días de que haya ocurrido lo que usted considere una violación a la privacidad. Este límite de tiempo para la presentación de quejas puede retirarse por una buena causa.

**No se le castigará ni habrá represalias contra usted por presentar una queja.**

## SERVICIOS ESPECIALES DE COMUNICACION

### Mecanismo Telecomunicación para los Sordos (TDD) Servicios Terminales

Hospital del Estado Sur. . . . . 785-8423

Para confirmar la conexión. . . . . 785-1200, Extensión 229

Localidad de Terminal TDD. . . . . Unidad de Admisión

Servicios de Operador de AT&T para TDD (24 Horas)800-855-1155

### TDD / Teletipo (TTY) IDAHO RELAY SERVICES

TDD/TTY. . . . . 1-800-377-3529

(Telecomunicación para las discapacidades del oír)

Voz . . . . . 1-800-377-1363

(Comunicando con una persona discapacidad del oír con un terminal-TDD

Qwest escribirá por maquina su comunicación a su terminal TDD)

### Cambios de Condición

Si Usted se siente de que su condición esta cambiando o empeorando, es importante que usted lo avisa al personal tan pronto como possible.

Estos cambios pueden ser relacionados a su salud mental y salud física.

## **Higiene de las Manos**

Todas personas en State Hospital South, incluyendo pacientes y visitantes, deben usar la propia higiene de las manos para prevenir la propagación de bacteria a si mismos y otros. La higiene de las manos incluye el uso de jabón y agua por una duración de (20) segundos o el uso de un desinfectante de manos que contiene alcohol (Purell<sup>®</sup>), frotando las manos hasta que están secas.

Usted tiene el derecho de, y le pedimos a, pedir el personal de salud de hacerse higiene de las manos antes de que le da tratamiento.

Distribuidores de desinfectante de manos que contiene alcohol son dispuestos acerca del cuarto de medicina y a dentro de las puertas de la cafetería.

